مسیبی چناربن، حسین؛ اسماعیلی، معصومه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی بر فن خودگویی در کاهش میزان هراس اجتماعی و تصحیح تعابیر مربوط به خود و دیگران. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱ (۲)، ۱۰۲-۸۷.

بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش میزان هراس اجتماعی و تصحیح تعابیر مربوط به خود و دیگران

حسین مسیبی چناربن [۱]- معصومه اسماعیلی [۲]- محمدرضا فلسفی نژاد [۳]

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۱۲

تقدیم به جانبازان آنان‌که کوله باری از تمامی درد و رنج انسان را با رضایتی عاشقانه به دوش می کشند و تصویرگر چیره دست انسان پاکباز در راه آرمان و مسئولیت‌اند

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خود گویی بر کاهش میزان هراس اجتماعی و تصحیح تعابیر مربوط به خود و دیگران صورت گرفته است. گروه نمونه ۸ نفر زن از ۱۶ نفر زن و مرد مبتلا به هراس اجتماعی بودند که از میان ۲۷ نفر مراجعه کننده شاکی از اضطراب به یک مرکز مشاوره دولتی و با استفاده از ابزار تشخیصی (SPIN) و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV تعیین شده بودند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه هراس اجتماعی و پرسشنامه تعبیررویدادهای مربوط به خود و دیگران استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد اگر چه درمان شناختی مبتنی بر فن خودگوئی بر کاهش میزان هراس اجتماعی مؤثر است اما در تصحیح تعبیر رویدادهای مربوط به خود و دیگران اثر معنادار نداشته است.

واژه‌های کلیدی: *درمان شناختی - فن خودگویی- هراس اجتماعی - تعبیر رویدادهای مربوط به خود- تعبیر رویدادهای مربوط به دیگران.*

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی azadi209@yahoo.com

[۲] عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

[۳] عضو عیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است و با ترس بارز و پایدار از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی مشخص می شود که در آن شخص یا با افراد ناآشنا و غریبه مواجه است یا ممکن است مورد کنجکاوی آنها قرار گیرد. در چنین موقعیتهایی شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی خود گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا[1] ، ۱۹۹۴).

با شناسایی عوامل ایجادکننده، تداوم دهنده و حفظ کننده یک اختلال می‌توان آنرا به صورت مؤثرتر و کارآمد تر کنترل نمود. نظریه پردازان شناختی هیجانی معتقدند که سوگیری‌های پردازش اطلاعات نقش تعیین کننده ای در تداوم و احتمالا رشد اختلالات اضطرابی و خلقی دارند و پژوهش در باره این فرایندهای شناختی هیجانی می‌تواند در فهم تفاوت‌های فردی در هیجان‌پذیری و به ویژه آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات هیجانی به ما کمک کند (ویلیامز[2]، واتس،مکلارد و متیوز، ۱۹۹۹).

دیدگاه شناختی بر نقش مهم تفکر در سبب شناسی و تداوم مشکلات بالینی تأکید دارد. درمان شناختی در صدد اصلاح یا تغییر الگوهایی از تفکر است که در مشکلات بیمار نقش دارد (سانتراک[3]، ۱۳۸۳). نظریه‌پردازان شناختی معتقدند که اختلال‌های اضطرابی حاصل ارزیابی منفی افراطی از خطرناک بودن موقعیت‌ها و یا احساس‌های خاص است (استوپا و کلارک[4]، ۲۰۰۰). چنین ارزیابی می‌تواند نتیجه منابع گوناگونی همچون سوگیری‌های حافظه، قضاوت و تعبیر باشد.

توجه معطوف به خود[5] و کاربرد اطلاعات درونی برای ترسیم خود به مثابه یک موضوع اجتماعی، بخش کلیدی مدل کلارک و ولز[6] (۱۹۹۵) است.آنها معتقدند تصویر ذهنی فرد از خود، با افزایش اضطراب و تداوم بخشیدن به باورهای منفی درباره ظاهر و عملکرد اجتماعی، نقشی علی در هراس اجتماعی ایفا می‌کند. لذا مفهوم توجه معطوف به خود بیانگر فرضی است که اجتماع هراس‌ها، درباره همگون بودن برداشت دیگران با برداشت آنها از خودشان دارند و این اطلاعات از ملاحظه رفتار واقعی دیگران اهمیت بیشتری دارد.

کلارک و ولز (۱۹۹۵) ، کلارک و مک نئوس[7] (۲۰۰۲) به این نتیجه دست یافتند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی بر اساس تجارب اولیه‌شان ، فرض‌هایی را درباره خود و موقعیت اجتماعی‌شان به وجود

---

[1] American Psychiatric
[2] Williams
[3] santrack
[4] Stopa& Clark
[5] Self- focused attention
[6] Wells
[7] Mcmanus

می‌آورند" اگر اضطرابم را بروز دهم، دیگران فکر می‌کنند من غیر عادی هستم یا مرا طرد می‌کنند". این فرض‌ها منجر به این خواهد شد که آنها تعامل‌های اجتماعی را خطرناک و منفی ارزیابی کنند. آنان چنین فرض کرده‌اند که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی قبل و بعد از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی به پردازش تحریف شده و سوگیرانه اطلاعات ، فراخوان انتخابی اطلاعات منفی در مورد خود و عملکرد اجتماعی‌شان و استفاده از این اطلاعات برای ارزیابی منفی خود و پیش بینی‌های منفی در مورد عملکردشان در آینده مشغول هستند. بک،امری و گرینبرگ[1](۱۹۸۵) معتقدند که در تداوم هراس اجتماعی علاوه بر سوگیری‌های توجه، قضاوت و حافظه، حداقل دو نوع سوگیری تعبیری نیز نقش دارند؛ نخست اینکه بیماران با هراس اجتماعی ممکن است گرایش به تعبیر رویدادهای اجتماعی مبهم بصورت منفی داشته باشند و دوم، آنکه ممکن است رویدادهای اجتماعی منفی جزئی را به شیوه‌ای فاجعه آمیز تعبیر کنند.

شماری از مطالعات، یافته‌هایی را گزارش کرده‌اند که با جنبه‌های مختلف این فرضیه مطابقت دارد. دسته نخست پژوهش‌ها مطرح ساخته‌اند که باور اجتماع هراسان مبنی بر اینکه ارزیابی دیگران نسبت به آنها منفی است، بر اطلاعات دقیق درباره واکنش‌های دیگران در مقابل آنها ، استوار نیست. استوپا و کلارک (۲۰۰۰) دریافتند که اجتماع هراسان افکار خود- ارزیاب منفی تری (مثلا" « من خسته کننده‌ام») را در مقایسه با گروه گواه گزارش کردند. دسته دوم پژوهش‌ها نشان دادند که اجتماع هراس‌ها، میزان آگاهی از جزئیات یک تعامل اجتماعی را کاهش داده‌اند و به تعبیری آزمودنی‌هایی که اضطراب اجتماعی زیاد دارند حافظه ضعیفی درباره جزئیات تعامل اجتماعی اخیر نیز دارند (داج ، هوپ،هیمبرگ و بکر[2]، ۱۹۹۸). پژوهش کلارک و مک نئوس (۲۰۰۲) در دسته سوم قرار دارد. نتایج آن پژوهش نشان می‌دهد که بخشی از برآوردهای اجتماع هراس‌ها درباره میزان خطرناک بودن موقعیت‌های اجتماعی، مبتنی بر ادراک پاسخ هیجانی خودشان است و در برآوردهای خود تحت تاثیر اطلاعات پاسخ اضطرابی قرار دارند. در حالیکه برآورد آزمودنی‌های گروه کنترل در مورد خطر، فقط تحت تاثیر وجود اطلاعات خطر واقعی است.

فرض مدل شناختی بر این است که ارزیابی منفی اجتماع هراس‌ها از عملکردشان حداقل تا حدودی تحریف شده است. استوپا و کلارک (۲۰۰۰) دریافته‌اند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بالا، عملکرد خود را کم برآورد می‌کنند، در حالیکه برآورد بیشتری از میزان اضطراب خود در نظر دیگران دارند.

[1] Beck & Emery & Greenberg
[2] Dodge, Hope, Heimberg & Becker

در کشف عوامل تداوم بخش و راهگشای درمان نیز می‌توان پژوهش‌هایی را مورد توجه قرار داد. در این راستا، خود گویی[۱] (بیان خود[۲]، افکار خودآیند[۳]، گفتار درونی[۴]) نقش مهمی را در رابطه بین حوادث و هیجانات بازی می‌کند. تعریف‌های متعددی از خودگویی وجود دارد. خودگویی می‌تواند به عنوان محصول شناختی تعریف شود که در آنچه افراد به خود می‌گویند، اظهار نمودن فکر یا عقیده در مورد یک شخص، جهان و روابط با دیگران انعکاس می‌یابد (کالوت و کاردنوسو[۵]، ۲۰۰۲) خودگویی به عنوان گفتگویی درونی تعریف می‌شود که ممکن است با صدای بلند و یا آهسته و بی صدا صورت گیرد و از طریق آن فرد افکار و احساسات خود را تفسیر می‌کند، ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر می‌دهد، به خود آموزش می‌دهد یا خود را تقویت می‌کند (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲). نظریه‌های شناخت درمانی تاکید زیادی روی رابطه بین آنچه افراد به خود می‌گویند و چگونگی رفتار آنها دارد (مایکنبام[۶]، ۱۳۸۶).

پژوهش‌ها در بررسی محتوای خودگویی، مدلی سلسله مراتبی[۷] را پیشنهاد می‌کنند (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲، سافرن[۸] و همبرگ، لرنر، وارمان و کندال[۹]،۲۰۰۰؛ جولی و کارمر[۱۰]،۱۹۹۴). این مدل شامل دو عامل کلی خود گویی مثبت در مقابل منفی، و چهار عامل مرتبه اول شناخت‌های منفی در مورد خود، شناخت‌های منفی در مورد دیگران، خود آموزشی مقابله‌ای[۱۱] و شناخت‌های مثبت می‌شود. از خود ارزشیابی مقابله‌ای برای مقابله با موقعیت‌های استرس زا و شرایط سخت استفاده می‌شود. با این حال پژوهش‌هایی که روی طبقه‌های خودگویی مقابله‌ای انجام شده‌اند، نتایج بی‌ثباتی را گزارش می‌کنند. برای مثال کندال و چانسکی[۱۲] (۱۹۹۱) نشان دادند شناخت‌های مقابله‌ای در کودکان اضطرابی به جای آن که کاهش دهنده اضطراب باشند، عامل به وجود آورنده بودند. در همین راستا، پرینز و هانوالد[۱۳] (۱۹۹۹) نشان دادند که خود گویی مقابله‌ای کودکان اضطرابی، همبستگی مثبتی با افکار منفی آنها دارد. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که در حقیقت خودگویی‌هایی که در مطالعه آنها وجود داشت، ماهیتی منفی داشتند (به عنوان نمونه، من نباید عصبانی شوم) و به همین علت نمی‌توانستند اضطراب کودکان را کاهش دهند. نتایج

[1] self-talk
[2] self-statement
[3] automatic thought
[4] inner speech
[5] Calvete, Cardenoso
[6] Meichenbaum
[7] hierarchical
[8] Safren
[9] Safren, Heimberg , Lerner ,Warman &Kendall
[10] Jolly & Kramer
[11] coping self-instruction
[12] Kendall & Chansky
[13] Prins & Hanewald

این مطالعات پیشنهاد می‌کند که نوع خودگویی در پژوهش‌هایی که در آنها رابطه میان افکار مثبت و سازگاری روانشناختی مورد بررسی قرار می گیرد، می‌تواند به عنوان یک متغیر مشتبه کننده ظاهر شود. بنابراین می‌بایستی به محتوای خودگویی‌های مقابله‌ای که افراد در موقعیت‌های استرس زا و هیجانی به کار می برند توجه داشت. خودگویی مثبت با عملکرد بالا و خودکارآمدی رابطه مثبت (هاردی و هال، گیبس و گرینلید[1]، ۲۰۰۵) و با افسردگی واضطراب رابطه منفی دارد (کالوت و کونر[2]، ۲۰۰۵) ، در حالیکه خودگویی منفی با ناسازگاری روانشناختی[3] (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲) اضطراب و افسردگی (داج و همکاران، ۱۹۹۸) و عواطف منفی (هاردی و گامیج و هال[4]، ۲۰۰۱) ارتباط دارد. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که خودگویی مثبت و منفی، دو بعد مستقل از هم‌اند تا یک پیوستار دو قطبی (امسل و فیچن[5]، ۱۹۹۸؛ شوارتز[6]، ۱۹۹۷). خودگویی منفی نسبت به خودگویی مثبت رابطه بیشتری با ناسازگاری روانشناختی دارد. کندال و چانسکی[7] (۱۹۸۴) این پدیده را «قدرت افکار غیر منفی» نام می‌نهد و نشان می‌دهد که بسامد پایین افکار منفی، نسبت به افکار مثبت، نقش بیشتری در تمایز رفتارهای ناسازگار دارد (امسل، فیچن[8]، ۱۹۹۸). از سویی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بسامد زیاد افکار منفی و بسامد کم افکار مثبت هر دو با آسیب شناختی روانی ارتباط دارند، هرچند ممکن است با جنبه‌های مختلفی از ناسازگاری رابطه داشته باشند (به عنوان نمونه، بسامد زیاد افکار منفی هم با اضطراب و هم با افسردگی ولی بسامد کم افکار مثبت فقط با افسردگی رابطه داشت (امسل، فیچن، ۱۹۹۸؛ اینگرام و اسلاتر،اتکینسون و اسکات[9]، ۱۹۹۰).

هاردی (۲۰۰۴) نیز با در نظر گرفتن تفاوت‌های کارکردی بین موارد مورد استفاده خودگویی، برای خودگویی جنبه‌هایی را مطرح میکند. این جنبه‌ها شامل نحوه‌ای است که افراد ۱) خود را آرام می کنند و عصبانیتشان را کنترل می‌کنند، ۲) با موقعیت‌های دشوار مقابله می کنند، ۳) تمرکز خود را حفظ می‌کنند و یا آن را باز می یابند، ۴) از لحاظ روانی آماده می‌شوند، ۵) تلاش‌هایی که به منظور حفظ انگیزه‌هایشان

1 Hardy, Hall, Gibbs & Greenslade
2 Connor-S
3 psychological maladjustment
4 Hardy, Gammage & Hall
5 Amsel & Fichten
6 Schwartz
7 Kendall & Chansky
8 Davis
9 Ingram, Slater, Atkinson & Scott

انجام می‌دهند را کنترل می‌کنند، ۶) اهدافشان را به یاد می‌آورند، ۷) برنامه‌ها و مهارت‌ها فردی خود را اجرا می‌کنند، و ۸) از لحاظ روانی رشد می‌یابند و اعتماد به نفس خود را حفظ می‌کنند.

به طور کلی پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه خودگویی‌های درونی صورت گرفته حاکی از آن است که گفتار درونی، به عنوان یک واسطه شناختی در زایش اندیشه و نظم بخشی به رفتار در حیطه سازگاری یا عدم سازگاری درونی و اجتماعی نقش بسزایی دارد (کلارک و مک نئوس، ۲۰۰۲).

براساس بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی مورد نظر در این پژوهش، یعنی درمان هراس از طریق تصحیح خودگویی پژوهشی صورت نگرفته است. اما مایکنبام در سال ۱۹۷۶ نقش و تأثیر خودگویی‌های شخصی بر رفتار را غیر قابل انکار می‌داند و در خصوص رابطه شناخت با گفت و گوی درونی معتقد است که شناخت‌های ما همان چیزی هستند که آنها را گفت و گوی درونی تعریف می‌کنیم و می‌تواند شخص را در معرض اضطراب شدید قرار دهد (داد[1]،۲۰۰۰). حال با توجه به پژوهش‌های پیش‌گفته و زیربنای نظری موجود این پرسش مطرح می‌شود که آیا درمان شناختی مبتنی بر فن خودگوئی بر کاهش میزان هراس اجتماعی و تصحیح تعابیر مربوط به خود و دیگران مؤثر است؟

روش پژوهش

به منظور دستیابی به هدف پژوهش که عبارت است از بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش میزان هراس اجتماعی و تصحیح تعابیر مربوط به خود و دیگران از روش " پیش آزمون- پس آزمون تک گروهی " استفاده شد.

جامعه آماری

جامعه این پژوهش شامل کلیه مراجعین زن و مرد به یک مرکز مشاوره دولتی شاکی از اضطراب در تاریخ ۸۶/۷/۱ الی ۸۶/۸/۱۴ بوده است.

روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش بر اساس نمونه‌ی پژوهش‌های سابق خارج وداخل، ۸ نفر از ۱۶مراجع مبتلا به هراس اجتماعی بودند که از میان افراد مراجعه کننده به یک دفتر مشاوره دولتی انتخاب

---

[1] Dowd,E.T

شدند. به این ترتیب که ابتدا ۲۷ نفر شاکی از اضطراب، با ابزار تشخیصی SPIN[1] و ملاکهای تشخیصی DSM-IV مورد بررسی قرار گرفته شد و ۱۶ نفر زن و مرد از این مجموعه، دارای هراس اجتماعی تشخیص داده شدند. سپس از میان آن‌ها، افرادی که تمایل خود را برای شرکت در گروه درمانی اعلان کرده بودند، ۸ نفر زن به طور تصادفی انتخاب شدند. تمامی افراد انتخاب شده بین ۲۰ تا۴۰ سال سن داشتند، دارای تحصیلات در حد دیپلم – لیسانس یا فوق لیسانس بودند و دارو مصرف نمی‌کردند.

فرایند اجرا و برنامه‌ی مداخله ای

پس از اجرای پیش‌آزمون و انتخاب اعضا، جلسات درمانی شروع شد. ابتدا آشنایی صورت گرفت و سپس در مورد قوانین و اهداف جلسات مشاوره گروهی توضیحات لازم ارائه شد. طی جلسات با استفاده از روش خود تعلیمی به مراجعین آموزش داده شد تا خودشان رفتارشان را اصلاح کنند. روش خود تعلیمی نوعی مداخله گفتگوی هدایت شده است که جزء فنون درمان شناختی–رفتاری محسوب می‌شود. به کمک روش‌های خود تعلیمی مراجعان را وا می‌دارند نجواهای درونی خود را تغییر بدهند و اظهارات سازنده‌ای به نام نجواهای درونی تقویتی یا مثبت را در جریان کنار آمدن با فشار روانی یا رسیدن به هدف‌شان با خود تکرار کنند، به عملکرد خود فکر کنند و خود را برای عمل و اقدام و مقابله تقویت نمایند. این توانایی‌ها، فرد را برای مقابله موثر و پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری میرساند و فرد را قادر می‌سازد تا در ارتباط با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کرده و با ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار خود از ارتباطات موثر و سازنده با محیط، لذت ببرد. (سانتراک ، ۱۳۸۳)

در آغاز هر جلسه تکالیف داده شده مورد بررسی قرار می گرفت. در تمام جلسات سعی بر این بود که فرایند پردازش اطلاعات اعضا بازسازی و تغییر مثبت در همه سیستم‌ها از طریق سیستم شناختی آغاز شود. بعد از آموزش فن شناختی(خودگویی) و در پایان هر جلسه، تکلیف و خلاصه‌ای از جلسات ارائه می‌شد .

در این پژوهش اعضای انتخاب شده به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه و هفته‌ای دو بار به صورت گروهی تحت آموزش با رویکرد شناختی قرار گرفتند. پس از آخرین جلسه، هر یک از افراد مورد پس آزمون قرار گرفتند.

[1] Social Phobia Inventory: New

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)

این مقیاس نخستین بار توسط کالوت و کانور[1] به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی: ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. هر ماده یا سئوال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰= به هیچ‌وجه، ۱= کم، ۲= تا اندازه‌ای، ۳= خیلی زیاد و ۴= بی‌نهایت) درجه بندی می گردد.

پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ است. همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی: ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱و برای مقیاس فرعی فیزیولوژیکی معادل ۰/۸۰ گزارش گردیده است. ضریب آلفای کل مقیاس برای جامعه‌ی مورد نظر در این پژوهش ۰/۷۹ به دست آمد.

اعتبار همگرا[2] برای کل مقیاس در افراد مبتلا به هراس اجتماعی در مقایسه با نمرات هراس اجتماعی کوتاه[3] (BSPS) ضریب همبستگی ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ معناداری به دست آمد که اعتبار همگرای بالای این آزمون را نشان می‌دهد، اعتبار سازه[4] در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان می‌دهند (امیر، فوآ و کولز[5]، ۱۹۹۸).

ب) نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه تعبیر (مربوط به خود و دیگران)

نسخه اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط باتلر و ماتیوز مورد استفاده قرار گرفت . امیر و همکاران (۱۹۹۸) نیز برای بررسی سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به هراس اجتماعی این پرسشنامه را از نظر محتوایی، شکل و تعداد و ماده یا گویه‌ها مورد تجدید نظر قرار دادند . در پژوهش حاضر نسخه تجدید نظر شده مورد استفاده قرار گرفت. فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه تعبیر دارای دو نسخه مربوط به خود (۲۲ ماده) و مربوط به دیگران (۲۲ ماده) است و هر نسخه نیز خود دارای مقیاس‌های فرعی رویدادها یا سناریوهای اجتماعی مبهم (۱۵ ماده) و سناریو یا رویدادهای اجتماعی غیر مبهم (۷ ماده) است. تعداد مواد

[1] Calvete & Connor-Smith
[2] convergent validity
[3] Brief Social Phobia Scale
[4] construct validity
[5] Amir & Foa & Coles

دو نسخه در مجموع ۴۴ ماده وهر ماده یا سناریو در هر دو نسخه دارای سه گزینه تعبیر یا تبیین است که دارای بار معنایی و مفهومی مثبت، منفی و خنثی است.

هر دو نسخه این پرسشنامه دارای همسانی درونی یا ضریب آلفای بالایی است. در نسخه مربوط به خود ضریب آلفا برابر (آلفای ۸۵٪) و در نسخه مربوط به دیگران ضریب آلفا برابر (آلفای=۰/۸۸) است (امیر و همکاران، ۱۹۹۸). در موقع اجرای این پرسشنامه باید دو نسخه مربوط به خود و مربوط به دیگران به صورت جداگانه و با حداقل دو ساعت فاصله بین هم اجرا گردند. این پرسشنامه یک روش معتبر بوم شناختی برای مطالعه سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به هراس اجتماعی است. برای جامعه مورد نظر در این پژوهش در نسخه مربوط به خود ضریب آلفا برابر (آلفای۰/۷۶) و در نسخه مربوط به دیگران ضریب آلفا برابر (آلفای= ۰/۷۹) می‌باشد.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول :درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، بر کاهش هراس اجتماعی مؤثر است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در کاهش هراس اجتماعی

آماره گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
هراس اجتماعی (پیش آزمون)	۸	۳۴/۵۶۳	۲۱/۰۹۰
هراس اجتماعی (پس آزمون)	۸	۱۹/۰۶۲۵	۵/۴۲۱۸

همانطوریکه از جدول ۱ مشاهده می‌شود، میزان میانگین هراس اجتماعی افراد در قبل از آموزش۳۴/۵۶۳ بوده است که بنابر ملاک‌های تشخیصی، مرضی محسوب می‌شود. اما این میزان پس از جلسات آموزشی و در پس آزمون به ۱۹/۰۶۲۵کاهش یافته است. اگر چه این مقدار هنوز در دامنه نامطلوب هراس اجتماعی قرار می‌گیرد و لیتفاوت مشاهده شده به لحاظ نظری قابل توجه است. برای

تشخیص آن که آیا تفاوت‌های مشاهده شده از نظر آماری معنادار است یا خیر، از آزمون آماری T همبسته استفاده شد.در جدول شماره ۲ نتایج به دست آمده از این آزمون آمده است.

جدول ۲ : نتایج آزمون t همبسته گروه آزمایش در پرسشنامه هراس اجتماعی

آماره گروه	حجم نمونه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	Tمشاهده شده	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۸	۱۵/۵۰	۱۸/۴۲۱۰	۳/۳۶۶	۱۵	۰/۰۰۴

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۲، از آن جایی که مقدار t محاسبه شده (t=۳/۳۶) در درجه آزادی (۱۵) از t جدول(t = ۲/۱۳۱) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهشی که عبارت است از: درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، بر کاهش هراس اجتماعی مؤثر است، با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌گردد.

فرضیه دوم :درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، بر مؤلفه‌ی تعبیر رویدادهای مربوط به دیگران در افراد مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در پرسشنامه تعبیررویدادهای مربوط به دیگران

آماره گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۸	۱۳۱/۹۳۷۵	۳/۰۶۵۳
پس آزمون	۸	۱۲۹/۸۱۲۵	۳/۴۴۹۰

همانطوریکه در جدول‌های ۳ و ۴ مشاهده می‌شود، میزان میانگین در پرسشنامه تعبیر رویدادهای مربوط به دیگران در قبل از آموزش ۱۳۱/۹۳ بوده است که بنابر ملاک‌های تشخیصی، مرضی به حساب می‌آید . این میزان پس از جلسات آموزشی و در پس آزمون به ۱۲۹/۸۱کاهش یافته است . با این وجود این مقدار هنوز در دامنه نامطلوب هراس اجتماعی قرار می‌گیرد . به منظور درک این مطلب که آیا

تفاوت‌های مشاهده شده از نظر آماری معنادار است، از آزمون آماری T همبسته استفاده شد. در جدول شماره ۴ نتایج به دست آمده از این آزمون آورده شده است.

جدول۴: نتایج آزمون tهمبسته گروه آزمایش در پرسشنامه تعبیر رویدادهای مربوط به دیگران

آماره گروه	حجم نمونه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	T مشاهده	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۸	-۲/۱۳	۱۴/۰۳۱۱	-۲/۱۰۹	۱۵	۰/۰۵۲

بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار t محاسبه شده (t = −۲/۱۰) در درجه آزادی (۱۵) از tجدول (t= ۲/۱۳۱) کوچکتر است . بنابراین فرض صفر تأیید و فرض پژوهشی که عبارت است از: درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، بر تصحیح تعبیر رویدادهای مربوط به دیگران در افراد مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر است، با اطمینان۰/۹۵ رد می‌شود.

فرضیه سوم :درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، بر تصحیح تعبیر رویدادهای مربوط به خود در افراد مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر است.

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد تفاضل پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در پرسشنامه تعبیررویدادهای
مربوط به خود

آماره گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۸	۱۳۱/۶۲۵۰	۲/۸۷۲۳
پس آزمون	۸	۱۳۲/۴۳۷۵	۴/۶۳۲۸

همانطوریکه در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود میزان میانگین در پرسشنامه تعبیر رویدادهای مربوط به خود در قبل از آموزش ۱۳۱/۶۲بوده است که بنا برملاک‌های تشخیصی، مرضی به حساب می‌آید .این میزان پس از جلسات آموزشی و در پس آزمون به۱۳۲/۴۳ افزایش یافته است اگر چه که همچنان در دامنه نامطلوب هراس اجتماعی قراردارد . به منظور درک این مطلب که آیا تفاوت‌های مشاهده شده از نظر آماری معنادار است، از آزمون آماری T همبسته استفاده شد.در جدول شماره ۶ نتایج به دست آمده از

این آزمون آورده آمده است.

جدول ۶: نتایج آزمون t همبسته گروه آزمایش در پرسشنامه تعبیر رویدادهای مربوط به خود

آماره گروه	حجم نمونه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	Tمشاهده	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۸	۰/۸۱۲۵	۴/۷۰۷۷	۰/۶۹۰	۱۵	۰/۵۰۱

بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار t محاسبه شده (t= ۰/۶۹) در درجه آزادی (۱۵) از جدول (t= ۲/۱۳۱) کوچکتر است، بنابراین فرض صفر تأیید و فرض پژوهش که عبارت بود از درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، بر تصحیح تعبیر رویدادهای مربوط به خود در افراد مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر است، با اطمینان ۰/۹۵ رد می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل نتایج داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، درکاهش هراس اجتماعی مؤثر است. در واقع آموزش مهارت‌های خودگویی مثبت با توقف چرخه‌ی تقویت کننده هیجانات منفی ناشی ازخودگویی منفی، رفتارهای نشأت گرفته از آن را تحت تأثیرقرار داده است. هر چند این مداخله‌ها در تصحیح تعابیر رویدادهای مربوط به خود و دیگران در افراد مبتلا به هراس اجتماعی تأثیر معناداری نداشته است.

آنچه درمشاهده‌ی این نتایج مورد پرسش است، تفاوت آن در زمینه‌ی تأثیر بر رفتار هراس اجتماعی و تعابیر زمینه‌ساز آن است. هرچند در نگاه اول این نتایج متناقض است اما با تأمل بیشتر، قابل قبول و منطقی بنظر می‌رسد؛ زیرا افراد مبتلا به هراس اجتماعی فراگیر، رویدادها را به دو نوع سوگیری تعبیر می‌نماید. نخست، تمایل به تعبیر رویدادهای اجتماعی به صورت منفی. دوم، گرایش به تعبیر رویدادهای غیر مبهم اما نسبتا منفی به شیوه ای فاجعه آمیز (بک و همکاران، ۱۹۸۵، کلارک و ولز، ۱۹۹۵). از این رو سوگیری‌های پردازش اطلاعات نقش تعیین کننده‌ای در تداوم و احتمالا شکل گیری اختلالات خلقی و اضطرابی دارند (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۹).

در حقیقت فرد در چنان شرایطی دچار یک سوء تعببر خواهد بود. سوگیری تعبیر در تعریف نظری،

فرایند معنی گذاری، تفسیر و تبیین رویدادها و محرک‌های مبهم بصورت جهت‌دار و منفی، در نظر گرفته شده است (اِمیر و همکاران ، ۱۹۹۸) به این ترتیب معنادار نبودن اثرات درمان در این زمینه به مقاوم بودن شیوه‌های معنابخشی، تفسیر و تبیین نسبت به تغییر در کوتاه مدت بوده است .اصولاً تغییر در رفتارها سریعتر و بارزتراست درحالیکه تغییر در نگرش در طول زمان رخ می‌دهد . علاوه بر این تغییر رفتار و احساسات در جمع به سرعت آشکار می‌شود درحالیکه تغییر در معنی گذاری، تفسیر و تبیین و نحوه‌ی نگرش به دیگران و به ویژه خود، به زمان بیشتری نیاز دارد . همانطور که بک و همکاران(۱۹۸۵) نشان دادند کنترل افکار، پس از یک تأخیر کوتاه مدت، به افزایش فراوانی افکاری منجر شده است که قبلا واپس زده شده‌اند. شاید بتوان نتیجه گرفت تلقین مثبت در رفتار مبین هراس مؤثر بوده است .این پژوهش نیز پیشنهاد می کند درمان نه تنها بایستی به سوی کاهش واپس زنی، بلکه همچنان به طرف تغییر معنی و احساس مسئولیت، جهت داده شود؛ زیرا افکار ناخوانده به نوبه خود به معنای آنها و احساس مسئولیت فرد در قبال آنها بستگی دارد. این یافته‌ها و یافته‌های مشابه نشان دهنده اهمیت پنهان عوامل تداوم بخش در جلوگیری از تغییر شناختی است. این یافته‌ها همچنین حکایت از آن دارد که در مرحله درمان، اصلاح عوامل تداوم بخش می‌تواند از تلاش برای تغییر شناخت ما توسط استدلال و پرسش مستقیم موثرتر باشد. لذا با توجه به اینکه دو پرسشنامه مورد استفاده از نوع خودسنجی است، آزمودنی در ابتدا با تغییر رفتار و حذف علائم اضطرابی روبرو می‌شود و به این ترتیب، نتایج، کاهش هراس اجتماعی را نشان می‌دهد. این در صورتی است که تغییرات تعابیر صورت نگرفته است. همانطور که فلانگان (۲۰۰۴)، کاپوزی (۱۹۹۹) و گلاسر[1] (۲۰۰۰) معتقدند، رفتار آسانترین چیزی است که قابلیت تغییر دارد و اگر بر آن تمرکز نشود، درمان مراجع آسان نخواهد بود. به نظر گلاسر، انسان فقط به طور غیرمستقیم بر احساسات خود کنترل دارد، درحالیکه کنترل او بر رفتار و عملکردش مستقیم و بدون واسطه است. می دانیم تغییر باورها و نگرش‌ها به آسانی انجام نمی شود و آنچه پس از آموزش و آگاهی بخشی به تغییر آنها کمک می کند، تجربه رفتارهای تازه است. کسی که دچار هراس اجتماعی است و در مورد خود و یا دید دیگران درباره خود اشتباه می کند و نگرش صحیحی ندارد، با آموزش خودگویی به سرعت تغییر نگرش نمی دهد بلکه تغییر رفتار مثلا یک سخنرانی و تجربه یک ارتباط خوب موجب خواهد شد که به مرور زمان نگرش و باور او نیز تغییر کند. لذا در پژوهش حاضر که پرسشنامه مربوط به هراس اجتماعی رفتارها و احساسات فعلی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد نتایج نشان دهنده تغییرات معنی‌داری است اما پرسشنامه‌های مرتبط

[1] Glasser

با تغییر خود و دیگران که نشانگر تغییر در نگرش و باورهای فرد است، تغییر معنی‌داری را نشان نمی‌دهد و احتمالا در یک ارزیابی با فاصله‌ای بیشتر بتوان تاثیر تاخیری این نوع درمان را بررسی کرد. در حقیقت یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر این پرسش است که آیا تغییر متغیر واسطه خودگویی ابتدا بر رفتار و سپس با یک فرصت تاخیری در متغیر مستقل شناخت تاثیر می‌گذارد؟

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش مرلازی، گلاس و کازیپو[1] (۱۹۷۹) که به طور غیر مستقیم به رابطه خودگویی با رفتار می‌پردازند همسو می‌باشد. آن‌ها به این یافته دست یافتند کهمردان دارای درجه اضطراب اجتماعی بالا در مقایسه با آنان که از درجه اضطراب کمتری برخورداراند ، بطور معناداری خودگویی‌های منفی بیشتری داشتند. نه به این معنی که این افراد افکار مثبت کمتری داشته باشند، بلکه به این معنی که این افراد در مورد خود منفی‌تر فکر می‌کردند و محتوای فکر آنها منفی است.

این یافته‌ها حاکی از آن است که خودگویی‌های منفی در مقایسه با خودگویی‌های مثبت، اثرات عمیق‌تر و وسیع‌تری بر علائم و حالت‌های عاطفی افراد دارد و سازگاری روانشناختی، بیش از آنکه مرتبط با حضور خودگویی‌های مثبت باشد، مرتبط با عدم خودگویی‌های منفی است.

همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های بیدرمن[2] و همکاران (۲۰۰۱) و نتایج تحقیق باتلر و متیوز[3] (۱۹۸۳) که بیان می دارند، "سلامت روان ارتباط معنی داری با میزان خودگویی‌های منفی دارد و کاهش میزان خودگویی‌های منفی در سازگاری روانشناختی فرد بسیار موثر است"، همسو و هماهنگ است.

به طور کلی همسویی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ذکر شده بیانگر آن است که نباید ریشه عمل ارادی و رفتار انسان را تنها در مغز و حیات روحی وی جستجو کرد، بلکه عمل ارادی و رفتار انسان را باید با در نظر داشتن ارتباطات به ویژه با تأکید بر ارتباطات کلامی که با مداخله گفتار درونی ایجاد می‌شود، مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

نتایج درمان در این پژوهش نشان داد، همچنان که اضطراب فرد کاهش می‌یابد فراوانی خودگویی‌های منفی نیز کمتر می‌شود و به عبارتی از قدرت تفکر غیر منطقی کاسته می‌شود.

محدودیت‌ها

با توجه به اینکه بین داوطلبان مبتلا به هراس اجتماعی برای گروه درمانی تنها دو نفر مرد موجود بودند، از در نظر گرفتن این جنسیت صرف نظر شد و لذا نتایج این پژوهش قابل تعمیم به مردان نیست.

---

[1] Merluzzi, Glass & Cacippo
[2] Biederman
[3] Butler & Mathews

پیشنهادات

۱-در طرح درمان بر مسؤل بودن مراجع در انتخاب شیوه‌های معنابخشی به حوادث تأکید شود.۲-زمان و جلسات بیشتری برای درمان درنظر گرفته شود.۳-با توجه به تأثیرات تأخیری احتمالی ،آزمون چند ماه پس از درمان تکرار شود.

منابع

سانتراک، جان دبلیو(۱۳۸۳) . *زمینه روان شناسی* .ترجمه مهرداد فیروز بخت. تهران: رسا.

مایکنبام ، دونالد (۱۳۸۶) . *آموزش ایمن سازی در مقابل استرس*. ترجمه سیروس مبینی. تهران : رشد.

American psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders , Washington: DC.

Amir, N & Foa, E & Coles ,M.(1998). Negative in interpretation bias in social phobia , *journal of Behavior Research and therapy* , 38, pg 945-958

Amsel, C., & Fichten, C. S. Davis (1998). Recommendations for Self-Statement Inventories: Use of Valence, End Points, Frequency, and Relative Frequency. *Cognitive Therapy and Research*, 22(3), 255-277.

Beck, A.T & Emery, G & Greenberg R.L.(1985) .*Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective* , New York : Basic Books.

Biederman,J & faraone .S.V & Hivshfeld Becker. D.R & Friedman. D & Robin, J.A & Rosenbaum .J.F.(2001). Patterns of high-Risk children of parents with panic disorder and depression , American Journal of psychology, volume 7, pg 57-63

Butler , G & Mathews .A.(1983). Cognitive Processes in anxiety, Advances in Behavior Research and therapy, volume 5, pg 51-62.

Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic Thoughts and Psychological Symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish Students. Cognitive Therapy and Research, 29(2), 201–217.

Calvete, E., Cardenoso, O. (2002). Self-Talk in Adolescents: Dimensions, States of Mind, and Psychological Maladjustment. Cognitive Therapy and Research, 26(4), 473–485.

Clark ,D.M & Mc Manus ,F. (2002). Information processing in social phobia, biological psychiatry, volume 51, pg 92-100.

Clark, D.M & wells, A.(1995). A Cognitive model of social phobia in social phobia: diagnosis, assessment and treatment, Guilford press, New York.

Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1998). Evaluation of the social interaction self-statement test with a social phobic population. Cognitive Therapy and Research, 12, 211–222.

Dowd,E.T. (2000). Self-statement modification in Encyclopedia of psychotherapy, San Diego, Academic Press.

Glasser,W.(2000).counselling with choice theory, a new reality therapy:newyork,Harper collins publisher

Hardy (2004). Describing athlete self-talk. PHD thesis in philosophy. The University of Western Ontario.

Hardy, J., Gammage, K., & Hall, C. R. (2001). A description of athlete self-talk. The Sport Psychologist, 15, 306–318.

Hardy, J., Hall, C. R., Gibbs, C., & Greenslade, C. (2005). Self-talk and gross motor skill performance: An experimental approach. Athletic insight, vol7 iss2.

Ingram, R. E., Slater, M. A., Atkinson, J. H., & Scott, W. (1990). Positive automatic cognition in major affective disorder. Psychological Assessment, 2, 209-211.

Jolly, J. B., & Kramer, T. A. (1994). The hierarchical arrangement of internalizing cognitions. Cognitive Therapy and Research, 18, 1–14.

Kendall, P. C., & Chansky, T. E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. Journal of Anxiety Disorders, 5, 167–185.

Merluzzi , T.V & Glass , Cacioppo, j.t . (1979). "Self-statement and self-evaluation: A cognitive response analysis of hetero social anxiety." Cognitive therapy and research, volume 3, pg 249-262.

Prins, P. J., & Hanewald, G. J. (1999). Coping self-talk and cognitive interference in anxious children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(3), 435–439.

Safren, S. A., Heimberg,R.G., Lerner,A. H.,Warman, M.,&Kendall, P.C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the Anxious Self-Statements Questionnaire and the Automatic Thoughts Questionnaire—Revised. Cognitive Therapy and Research, 24(3), 327–344.

Schwartz, R. M. (1997). Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement, and psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 970-983.

Stopa, L & Clark, D. M. (2000). Social Phobia and interpretation of social events, Behavior Research and Therapy, volume 38,pg 273-283.

Williams,J.M.G & Watts,F.N & Macleard,C & Mathews,A.(1999), Cognitive Psychology and Emotional disorders , Second Edition , England: Wiley.